N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUBERCULOSES CHIRURGICALES

CHEZ LES LUPIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1903

PAR

Louis RAFFALLI

Né à Pied'Orezza (Corse), le 19 octobre 1875

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)............... Doyen
FORGUE .... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✱)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✱).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), BERTIN-SANS E. (O. ✱)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT Léon, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

M. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
MM. IMBERT L., Agrégé.
JAMBREAU, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

L. RAFFALLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L. RAFFALLI.

AVANT-PROPOS

De la grande route de la science médicale, où nous marchons depuis cinq ans, nous avons atteint la première borne: notre horizon ne va pas plus loin, notre ambition non plus. Nous trouvons que le chemin a été long, souvent pénible, et qu'il nous a fallu faire des étapes non prévues au départ. Nous ne nous en plaindrons pas, car, à les parcourir, notre effort s'est stimulé et aguerri.

Notre satisfaction est bien grande, non pas tant pour nous-même que pour celle que nous apportons à ceux qui nous ont soutenu par leur travail et leur affection. C'est à notre père et à notre mère que doivent revenir tout le mérite et tout le plaisir de ce jour. A eux, qui ont peiné, souffert même pour nous faire donner une éducation, un peu trop coûteuse pour leurs moyens, à eux doit s'adresser notre premier merci.

Merci donc et merci toujours pour tout ce qu'ils ont fait pour nous, et dans ce mot nous voudrions faire passer tout notre cœur, toute notre âme.

A côté de notre père et de notre mère, nous plaçons tout naturellement notre beau-père et notre belle-mère, qui nous ont donné, depuis plus de deux ans, des marques si nombreuses d'affection et de dévouement. Grâce à eux, nous avons pu terminer nos études et connaître cette tranquillité d'esprit jusque là souvent compromise. Ils ont apporté les

derniers matériaux nécessaires à l'édifice ; ils ont achevé l'œuvre commencée.

Nous avons pu apprécier chaque jour davantage l'intensité de leur affection paternelle, la bonté de leur cœur et cet empressement à chercher, à deviner tous nos désirs et à les satisfaire. Nous faire toujours plaisir, nous donner la plus grande somme possible de bonheur, telle a été leur préoccupation de tous les instants.

Aussi, sommes-nous heureux aujourd'hui de pouvoir, sur cet acte public qui est notre thèse, leur dire toute notre reconnaissance.

Notre tante, Mme Cécile Raffalli, a supporté tous les soucis de notre enfance tapageuse. Elle a veillé sur nos frères et sur nous, à l'heure déjà bien lointaine où nous faisions nos premières armes au lycée de Bastia. Qu'elle reçoive, ainsi que notre cousin Hyacinthe, l'expression de notre reconnaissance et de notre vive affection.

M. J. Salvarelli nous a donné, dans maintes circonstances, des preuves de son attachement. Qu'il nous permette de lui dire combien nous avons été touché de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

M. le Dr Salvarelli n'a pas ménagé ses peines pour apporter à notre femme malade le secours précieux de sa science et son grand cœur. Qu'il veuille bien recevoir nos remerciements émus.

Notre distingué compatriote et ami, le Dr Bartoli, ancien chef de clinique à l'Ecole de médecine, nous a montré, en des circonstances que nous n'oublierons jamais, que l'amitié n'était pas un vain mot.

L'occasion s'offre pour nous aujourd'hui de lui renouveler nos remerciements et de l'assurer une fois encore de notre absolu dévouement.

Notre maître et ami, M. le Dr Magon, professeur à l'Uni-

versité de Marseille, nous a toujours témoigné un intérêt tout particulier. Nous le remercions bien vivement pour ce qu'il a fait pour nous.

Nous devons beaucoup de reconnaissance à notre éminent maître, M le Dr Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier, pour nous avoir facilité nos études et nous avoir initié à cette science si difficile, qu'il connaît si bien et qu'il professe avec tant d'éclat : la clinique chirurgicale.

Ce que nous retiendrons surtout de son enseignement, c'est la rigueur de sa méthode d'observation, l'art avec lequel il effectue ses opérations, les précautions si minutieuses qu'il prend pour sauvegarder la vie et les intérêts de ses malades.

Nous remercions très sincèrement M. le professeur Forgue de toutes les bontés qu'il a eues pour nous durant notre séjour à Montpellier, ainsi que du grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUBERCULOSES CHIRURGICALES

CHEZ LES LUPIQUES

INTRODUCTION

Le modeste travail que nous présentons à la bienveillante appréciation de nos juges n'a qu'un seul mérite : celui de nous avoir demandé un peu de travail et occasionné beaucoup d'ennuis.

Nous nous sommes heurté à une pénurie de matériaux, capable de décourager un bénédictin.

La bibliothèque de la Faculté de Montpellier et celle de l'Ecole de Marseille ont été pour nous d'une stérilité désespérante, et au milieu de leur abondance nous n'avons trouvé que disette.

Force nous a été d'aller chercher au loin les ressources que nous ne trouvions point près de nous. Mais si nous avons beaucoup cherché nous avons, par contre, peu trouvé et notre bagage d'observations est bien léger.

Nous avions fondé de grandes espérances sur les obser-

vations américaines que nous nous étions procurées : leur traduction nous a malheureusement fait constater que l'oasis rêvée était un mirage trompeur. Elles tendent toutes à démontrer l'indépendance de la tuberculose et du lupus, et ce n'est pas là notre but.

Ce n'est pas à nous qu'il appartient, en effet, de trancher le différend qui existe entre les unicistes et les dualistes, entre ceux qui considèrent le lupus comme un rameau secondaire du grand arbre tuberculeux et ceux qui en veulent faire une affection autonome.

La tâche aurait été trop lourde pour nos faibles forces, et à ces hauteurs scientifiques nos ailes de cire se seraient bien vite fondues. Plus prudent que Icare et plus conscient de notre faiblesse nous n'en ferons pas même la tentative, assez heureux de ramasser de ci, de là des idées et des faits, de les rassembler plus mal que bien et d'obtenir qu'ils ne fassent pas trop mauvais ménage avec notre sujet de thèse.

Ce sujet, nous avions tâché de le comprendre le plus simplement possible et pour nous il consiste en ceci : rechercher, énumérer et non discuter les diverses manifestations tuberculeuses présentées par des lupiques, comprises dans le rayon d'action du chirurgien et passibles de son bistouri.

Nous serons naturellement amené à parler tout d'abord du lupus et à en énumérer les principales variétés.

Nous le ferons le plus brièvement possible et ce sera l'objet de notre premier chapitre.

Nous nous occuperons ensuite de la relation qui existe entre le lupus et la tuberculose. Pour la rédaction de ce chapitre nous nous effacerons très volontiers devant l'un des maîtres les plus éminents de l'Ecole dermatologique française M. le professeur E. Besnier.

Ce deuxième chapitre, nous le diviserons en deux paragraphes; le premier sera rempli par l'article de M. Besnier,

dans le second, nous laisserons la parole aux médecins américains en les priant de nous excuser, s'il nous est arrivé d'estropier quelques-unes de leurs idées.

Après un essai d'étiologie nous placerons les trois statistiques et les trop peu nombreuses observations que nous avons recueillies. Le pronostic et le traitement, si variables suivant les localisations de ces tuberculoses, n'occuperont qu'une très petite place dans notre thèse, qui est, ou qui plus exactement aurait dû être, une collection d'observations, une simple gerbe de faits.

CHAPITRE PREMIER

Lupus et ses variétés

(*Dictionnaire de Médecine*).

On désigne sous ce nom une maladie cutanée, d'origine scrofuleuse, souvent appelée dartro-rongeante ou esthiomène, maladie caractérisée par de petites nodosités d'un rouge plus ou moins foncé, se développant dans les régions profondes du derme et amenant successivement l'ulcération ou l'atrophie cicatricielle de la peau. Ces nodosités ou tubercules cutanés s'accroissent lentement et progressivement, s'étendent en surface et finissent, après plusieurs semaines ou plusieurs mois, par donner naissance à des tumeurs rouges, arrondies, plus ou moins volumineuses, puis elles s'affaissent, laissant ou non à leur suite une ulcération plus ou moins étendue, à bords aplatis, à fond rouge et granulant, saignant facilement.

L'apparition, le développement, la marche des tubercules ou des bourgeons charnus, qui constituent le lupus, sont très variables, et de cette variété d'évolution dépendent les formes diverses que l'on a admises.

MM. Besnier et Doyon reconnaissent, au point de vue anatomique, deux variétés principales de lupus : le lupus plan et le lupus élevé.

Le lupus plan (lupus maculeux de Neumann) est caracté-

risé par l'apparition de petits disques erythémato-tuberculeux que l'on aperçoit par transparence sous un épiderme lisse, vernissé ou exfolié.

On le voit surtout sur les joues des jeunes gens strumeux. C'est une forme bénigne.

Le lupus élevé est constitué par des saillies, des plaques, des nappes plus ou moins rugueuses, saillantes, irrégulières, constituant le lupus acnéiforme (variété rare), le lupus tuberculeux agminé ou cohérent, caractérisé par des plaques de coloration différente, variable suivant les degrés de l'hyperhémie et présentant des variétés désignées sous les noms de lupus marginé, excentrique, linéaire, en corymbe, circiné, serpigineux, etc...

L'Evolution successive des tubercules du lupus peut déterminer des variétés connues sous le nom de lupus exfoliant, psoriasiforme, lupus ulcéreux superficiel, qui comprend comme sous-variétés les lupus eczématiformes, impétigineux, fongueux, végétant, papillomateux, framboisiforme, etc.. ou le lupus ulcéreux profond, ulcéreux térébrant, phagédénique, vorax, etc...

Les degrés divers d'œdème ou d'irritation trophique des régions envahies ont fait donner au lupus les noms de lupus œdémateux, hypertrophique, éléphantiasique; leur vascularité plus ou moins grande a fait distinguer un lupus aigu et un lupus chronique.

Toutes ces divisions, toutes ces dénominations montrent bien les difficultés que l'on éprouve à classer et à décrire les innombrables variétés d'apparence de cette maladie cutanée.

Pour plus de simplicité, nous adopterons la classification de Berlioz, qui divise le lupus en deux groupes principaux : le lupus vulgaire ou tuberculeux, et le lupus érythémateux.

Ce dernier nous intéresse davantage parce que ce sont les malades atteints de lupus érythémateux qui présentent le

plus souvent des localisations tuberculeuses chirurgicales. De plus, sa nature tuberculeuse, universellement admise par l'Ecole dermatologique française, est contestée en Amérique, ce qui nous permettra, en recherchant, trés brièvement la relation qui existe entre la tuberculose et cette forme de lupus, de citer l'opinion inédite de quelques auteurs du nouveau monde.

CHAPITRE II

Lupus et Tuberculose.

§ I.

Lentement, laborieusement, dit le professeur Besnier, l'histoire clinique et anatomique du lupus se dégage de ses obscurités sous l'action des recherches histologiques et des expérimentations sur les animaux ; ce que les cliniciens français avaient pressenti depuis le commencement de ce siècle prend chaque jour plus de vraisemblance : la lésion est scrofuleuse, tuberculeuse, au sens actuel.

L'unité ou l'unicité du lupus, que la clinique avait déjà établie, en est singulièrement consolidée, et ce serait vraiment s'attarder que d'y contredire plus longtemps ; il est devenu, ce nous semble, nécessaire, ne fût-ce qu'à titre de mesure d'ordre nosologique, de ne plus employer le mot lupus avec la signification banale et surannée qui lui est encore conservée par quelques auteurs. Il n'y a pas non plus plusieurs genres de lupus : un lupus scrofuleux et un lupus non scrofuleux ; la même affection ne peut pas être à la fois plusieurs choses diverses.

Comment comprendre un lupus scrofuleux et un autre non scrofuleux et comment admettre que l'on puisse déclarer une même lésion histologiquement unique, tantôt scrofuleuse, tantôt non, selon que le sujet portera ou non les stigmates conventionnels et variables avec chaque médecin.

Pour nous, anatomiquement et cliniquement, le lupus est la scrofule du derme, partout et toujours c'est un scrofuloderme, et tous les sujets qui ont du lupus sont des scrofuleux ou, si l'on préfère, des scrofulo-tuberculeux, au même titre qu'un sujet porteur d'un seul élément syphilitique bien constaté est un syphilitique.

L'un des arguments proposés le plus souvent pour faire repousser l'assimilation entre le lupus et la tuberculose est le suivant : le lupus ne mène pas à la tuberculose. Cet argument est une légende qui ne repose sur aucune donnée scientifique.

Avant les constatations récentes, nul ne niait que la phtisie pulmonaire ne fût une complication à redouter chez les lupiques, nul ne le contestait, même parmi les auteurs les plus opposés aux idées françaises sur la nature scrofuleuse du lupus, comme Hebra, Kaposi et Neumann.

L'un des médecins les plus distingués de l'Hôpital St-Louis, le docteur Laillier, a écrit ce qui suit : « Les lupeux paraissent exposés à contracter la tuberculose pulmonaire. »

En 1883, Quinquaud, dans une thèse d'agrégation soutenait la même idée.

Ce qui a dérouté les auteurs, c'est que la tuberculose des lupiques peut rester longtemps, indéfiniment locale ; c'est que les déterminations tuberculeuses vers les viscères se font lentement, sourdement, souvent par de petites crises passagères séparées par de longues accalmies ; c'est que beaucoup de ces malades, chez qui un examen attentif, approfondi, ferait constater soit les attaches certaines de scrofule virtuelle, soit des lésions concomitantes du poumon, peuvent conserver longtemps les apparences d'une belle santé (état floride des tuberculeux).

Mais cette innocuité apparente ou réelle du lupus, bien que

facile à comprendre, alors qu'il s'agit d'une tuberculose locale, est malheureusement bien loin d'être absolue.

La série morbide a commencé avec l'envahissement de la peau et du derme par l'élément tuberculeux; elle se continuera par une infection secondaire (ganglionnaire ou osseuse) et se terminera par une infection profonde ou viscérale, mettant à parcourir ce cycle un plus ou moins grand nombre d'années.

Le lupique est alors devenu un phtisique.

§ II

OPINIONS DE QUELQUES AUTEURS AMÉRICAINS

(*Policlinique de Chicago*; janvier 1903)

M. le docteur Anthony, professeur des maladies de la peau à la policlinique de Chicago, ouvre la discussion sur la relation qui existe entre le lupus erythematosus et la tuberculose.

Il ne peut pas, à ce sujet, partager l'opinion de l'Ecole française de dermatologie, qui prétend que lupus et tuberculose sont les effets d'une même cause.

Cependant, contrairement à l'opinion émise dans le journal de l'Association américaine de dermatologie, par le docteur Bobinson, en 1899, il croit que le lupus erythémateux disséminé peut avoir quelque chose de commun avec la tuberculose.

Il croit utile, pour justifier son opinion, de relater les deux observations suivantes :

Observation Première. — Il y a quelques années, un malade âgé de 40 ans me consulta pour des plaques d'alopécie, qui s'étaient développées durant les deux mois précédents.

C'était un homme d'Etat et il venait de prendre part à une campagne politique très chaude.

Les plaques d'alopécie étaient au nombre de quatre. Elles avaient chacune la dimension d'un quart de dollar, et étaient de forme ovale. Leur surface n'était ni rouge, ni écailleuse.

Dans la plus ancienne de ces plaques, il y avait une cicatrice atrophique à centre déprimé, qui me permit de poser le diagnostic probable de lupus erythémateux.

Le pouls du malade était à 90°, la température normale.

Il n'avait ni toux, ni expectoration, et aucune autre éruption sur les autres parties du corps.

Il lui fut ordonné le repos complet, qu'il observa. Trois semaines après, à son retour à la ville, il fut de nouveau examiné.

Son pouls était encore à 90 pulsations. Il avait ce jour-là un peu de température, et nous constatâmes des râles dans le sommet d'un des poumons.

Il fut envoyé à un spécialiste des maladies de poitrine qui confirma notre diagnostic de tuberculose du sommet du poumon droit.

Le malade fut envoyé en Californie, où il mourut de tuberculose en moins d'un an.

Observation II. — Liliental a rapporté le cas suivant : Le malade est âgé de 46 ans, précédemment bien portant. Il y a six mois, une éruption apparut sur l'oreille, et se répandit ensuite sur la face, la tête, et aux extrémités inférieures, accompagnée de fièvre et d'émaciation rapide.

Sur le nez est une plaque non écailleuse ; sur la tête il y a des plaques d'alopécie avec atrophie des cheveux.

Sur les doigts sont des lésions typiques de lupus érythémateux disséminé.

Au début, aucun signe bien net de tuberculose des pou-

mons ; après un certain temps le malade prit froid. Cette indisposition une fois passée, on trouva de l'infiltration dans un des sommets du poumon, et une nouvelle éruption de lupus apparut sur le dos...

Le docteur Hartzell, de Philadelphie, ne croit pas que le lupus soit une manifestation tuberculeuse.

Le docteur F.-H. Montgomery, de Chicago, partage l'opinion du précédent, mais ajoute qu'il peut s'être présenté des cas où il paraissait exister une relation étroite entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux.

Il se rappelle très bien un cas de ce genre, chez un malade qu'il avait soigné avec le docteur Hyde,et qui avait du lupus érythémateux sur la face, les oreilles et la tête.

Après avoir perdu de vue leur malade pendant une année ou deux, ils le revirent avec du lupus vulgaire, qui avait détruit presque entièrement une aile du nez.

Le docteur Campbell croit, lui aussi, que le lupus erythematosus n'est pas une maladie tuberculeuse : et s'il est vrai, comme veut l'établir le docteur Jackson, que le lupus n'est pas une maladie inflammatoire, il ne pourra plus y avoir aucun doute sur leur absolue indépendance, car là où il y a de la tuberculose, il y a condition à inflammation.

Le docteur Corlett, Cleveland, n'a jamais vu associés le lupus erythematosus et la tuberculose.

Le docteur Duncan Bultily, de New-York, a soigné un grand nombre de malades atteints de lupus érythémateux, mais il n'a vu qu'un seul cas de lupus avec coexistence de tuberculose. Le malade qui présentait ces deux affections mourut de tuberculose.

Le docteur Herdingsfeld, de Cincinnati, dit que la clinique et l'histologie séparent complètement la tuberculose du lupus érythémateux.

Quand les deux affections coexistent sur un même malade, c'est simplement l'effet d'une coïncidence.

Le docteur Frank-Walles, de Philadelphie, a soigné l'an dernier cinq ou six cas de lupus tuberculeux, dont quatre dans la même famille.

Ces malades ne présentent aucun symptôme de tuberculose, et n'ont pas d'antécédents héréditaires. Ils sont encore soumis à son observation.

CHAPITRE III

Etiologie

Nous n'avons pas la prétention de faire l'étiologie complète de toutes les lésions chirurgicales de nature tuberculeuse que présentent les lupiques. C'est un simple essai que nous tâcherons de faire, et nos juges trouveront peut-être que nous sommes resté bien au-dessous de la tâche que nous nous étions imposée.

L'étiologie de ces lésions tuberculeuses est variable avec chacune d'elles, mais d'une façon générale on peut dire que les lupiques, ayant un état général passablement mauvais, seront facilement la proie du bacille de Koch, qui ira se localiser dans leurs viscères, leurs ganglions, leurs os, là où il rencontrera les conditions les plus favorables à sa vitalité. Auto-infection pour ceux qui admettent l'identité des deux affections, lupus et tuberculose ; infection simple pour les partisans de la dualité. Les premiers parlent de causes et d'effets, les seconds de coïncidence.

Avec les partisans de l'unité, nous admettrons que le bacille de Koch part de la lésion lupique pour aller se localiser et infecter une région de l'organisme qui, pour une raison quelconque, est en état de moindre résistance.

Aussi le traumatisme violent ou répété doit avoir une certaine influence pour motiver ces localisations. Toutes les mau-

vaises conditions hygiéniques, le surmenage, la malpropreté, expliquent leur plus grande fréquence dans la classe pauvre.

Au point de vue du sexe, les femmes paraissent être plus souvent atteintes que les hommes. L'âge des malades atteints de lupus et de manifestations tuberculeuses est très variable, et le petit nombre de nos observations ne nous permet pas de formuler une opinion à ce sujet.

Nous dirons seulement que les vieillards, qui, il y a quelques années, étaient considérés comme réfractaires aux lésions tuberculeuses chirurgicales ou autres, leur paient, au contraire, un large tribut.

CHAPITRE IV

Pronostic et Traitement

On s'est longtemps extasié sur le bon état général que présentaient un grand nombre de malades atteints de lupus. Cet état fut caractérisé d'un mot peu mérité : état floride.

Chez un lupique, l'entrée en scène des lésions osseuses ou viscérales montre que son état général cesse de fleurir, que ses défenses commencent à céder et à s'affaiblir et que trop souvent, et dans un temps plus ou moins rapproché, il deviendra la proie du bacille destructeur.

Nous disons souvent et non toujours, parce qu'une opération bien conduite, faite à propos, détruisant complètement la lésion tuberculeuse, enlevant l'organe atteint comme nous l'avons vu faire une fois, pour un testicule tuberculeux par notre éminent maître M. le professeur Forgue, pourra mettre le malade à l'abri d'une nouvelle poussée, d'une nouvelle localisation.

Le pronostic ne sera jamais tout à fait bon, il sera toujours plus ou moins mauvais.

Le traitement sera à la fois local et général. C'est au chirurgien qu'il appartiendra plus spécialement d'apprécier et l'opportunité et l'importance de son intervention.

On ne négligera pas non plus le traitement général, qui a une très grande importance.

On placera le malade dans les meilleures conditions

hygiéniques possibles : vie à la campagne, alimentation tonique et au besoin suralimentation, etc.

On lui donnera de l'huile de foie de morue, et des préparations iodées et arsenicales. Le cacodylate de soude est recommandé à la dose de 0,05 centigrammes : on pourra arriver jusqu'à 0,20 centigr.

M. le professeur Brousse emploie la formule suivante :

Cacodylate de Soude........	1	gramme.
Rhum....................	20	—
Sirop d'écorce orang.......	30	—
Eau......................	50	—

Par cuillerées à café.

En un mot, on se rappellera que bien soigner, c'est souvent guérir.

Localisations tuberculeuses chez les lupiques

Statistiques américaines (Traduction).

Les malades atteints de lupus ne présentent pas des localisations spéciales de tuberculose : cette dernière peut atteindre tous les organes, produire aussi bien l'engorgement des ganglions du cou que l'engorgement des poumons, une carie osseuse aussi bien qu'une tuberculisation du testicule, etc.

Nous n'avons pu mettre la main sur une statistique française se rapportant à notre sujet.

Nous croyons utile de mentionner la statistique de Roth, chef de la clinique d'Herscheimers (Chicago), qui, entre autres qualités, en a une que personne ne lui contestera, celle de la nouveauté. Elle date en effet de 1903, et je la crois très peu connue.

Cette statistique se divise en deux parties : dans la première, l'auteur rapporte des cas qui ne lui sont pas personnels, mais empruntés à divers auteurs, au professeur Bœck entre autres; dans la seconde, tous les cas lui sont personnels et se sont présentés à sa clinique d'Herscheimer.

Les cas qu'il doit au professeur Bœck sont au nombre de 42, dont trente présentaient, en même temps que du lupus érythémateux, de l'adénopathie tuberculeuse des glandes du cou, qu'il fallut enlever dans un grand nombre de cas.

Ces glandes, soumises à l'examen histologique, justifièrent le diagnostic d'engorgement tuberculeux.

La statistique non personnelle du Dr Roth mentionne aussi 81 cas appartenant à divers auteurs, mais sans dire en quoi ils consistent.

Aussi, en réalité, la seule partie intéressante de la statistique de Roth est celle qu'il a élaborée d'après ses observations personnelles.

Elle porte sur 138 cas, dans 36 desquels, outre le lupus, il y avait d'autres manifestations tuberculeuses, dont plusieurs se rapportent à notre sujet.

Ces 36 cas se partagent ainsi :

Tuberculose des poumons	9 cas
Glandes du cou tuberculeuses.........	9 —
Carie osseuse.....................	4 —
Antécédents héréditaires non douteux. .	6 —
Tuberculose du testicule..............	1 —
Arthrite du pied ayant exigé l'amputation	1 —
Tuberculose de la hanche............	1 —
Symptômes antérieurs de tuberculose..	2 —
Toux et expectorations..............	3 —
Total........	36 cas.

Cette statistique renferme une quinzaine de cas qui rentrent complètement dans notre sujet. Nous y voyons aussi une observation identique à celle qui a servi de base à notre thèse : celle où il y avait un malade atteint de lupus et ayant en même temps un testicule tuberculeux.

Outre la statistique du Dr Roth, nous pouvons donner aussi celle du Dr Pick, de Nensers, parue dans les comptes rendus de la Société de Biologie, en 1891, et comprenant 43 cas de lupus, dont 18 présentaient d'autres manifestations tuberculeuses :

Tuberculose des poumons.............	5 cas
Parents morts de tuberculose..........	6 —
Tuberculose des glandes du cou........	6 —
— de la hanche.............	1 —
Total.........	18 cas

Nous citerons, en dernier lieu, une statistique assez intéressante, soit par le nombre des cas qu'elle nous offre à étudier, soit par les localisations de ses cas, qui rentrent tous dans le domaine chirurgical.

Statistique de C. Schuchardt und G. Krause (Clinique de Volkmann, à Halle) :

Tuberculose des synoviales.............	10 cas
— des os....................	3 —
Abcès tuberculeux....................	13 —
Adénites tuberculeuses	3 —
Tuberculose du testicule..............	1 —
— de la langue	1 —
— des tendons..............	1 —
— des muscles,.............	1 —
Tuberculose des organ. génit. de la femme.	2 —
Total.........	35 cas

OBSERVATIONS

Observation première (personnelle)

(Recueillie dans le service de Monsieur le professeur Forgue)

Castration unilatérale pour testicule tuberculeux chez un Lupique

L. O.., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital Suburbain, salle Delpech, lit 24, pour un testicule augmenté de volume et un peu douloureux.

L'histoire de ce malade est assez intéressante : Vers l'âge de 7 à 8 ans, il a été atteint de lupus, qui s'est étendu petit à petit, et qui maintenant occupe la plus grande partie de la face et détruit le nez.

La peau et les cartilages du nez sont, en effet, complètement détruits, le moignon creux est seulement resté.

L'ensemble de la physionomie est très laid ; aussi Monsieur le professeur Forgue aurait voulu lui restaurer son nez, en refaisant ses ailes au moyen de la peau du front ; mais le malade ayant formellement refusé cette intervention, notre éminent maître n'insista pas.

Excepté cette atteinte de lupus, le malade s'est toujours bien porté ; il paraît bien bâti et d'une constitution assez forte.

Aucune maladie digne d'être signalée, dans le cours de son existence. Les antécédents héréditaires sont aussi favorables, et le malade ne serait jamais venu à l'hôpital sans cette petite poussée d'orchite, et cet engorgement du testi-

cule, qui l'ont beaucoup préoccupé. Il y a trois mois que cette dernière affection a débuté, et c'est en palpant ses bourses que le malade s'est aperçu de la tuméiaction testiculaire.

Au palper, on trouve l'épididyme volumineux, bosselé de nodosités, surtout au niveau de la tête. Le testicule paraît avoir perdu de sa souplesse.

Si l'on suit le canal déférent, depuis la queue de l'épididyme, on le trouve induré, épaissi avec de nombreuses nodosités.

Le diagnostic d'épididymite tuberculeuse estporté, et l'opération décidée.

Le malade ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire, ni ganglionnaire.

L'opération vient justifier le diagnostic de notre maître ; l'épididyme est bien infiltrée de noyaux tuberculeux et très augmentée de volume.

Le testicule, que l'on aurait voulu conserver, est pris lui aussi, et par suite enlevé.

Après la castration, la coupe du testicule fut examinée, et Monsieur le professeur Forgue nous fit remarquer les particularités suivantes : l'épididyme, augmenté de volume, coiffe le testicule en cimier de casque ; il est bosselé de nodosités jaunâtres encore crues, et montre sur sa tranche, au niveau de la tête, des masses crues d'un blanc jaunâtre opaque.

Le testicule présente des points nodulaires, d'un blanc laiteux, gros comme un grain de mil et tranchant sur le ton jaune chamois de la rubitance glandulaire : ce sont des granulations tuberculeuses.

Le canal déférent ne présente pas de lésions tuberculeuses bien nettes.

Le malade a très bien supporté l'opération et est sorti de l'hôpital quinze jours après.

Observation II

(Docteur Leredde : Adénopathie suppurée au cours d'un lupus érythémateux. — Présence du bacille de Koch dans le pus. — *Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1894).

Ernestine L..., veuve L..., 67 ans, couturière, entre le 30 mai 1894, salle Gibert, n° 24 (service de M. Beclère).

Cette malade est atteinte d'une affection cutanée de la face, depuis sept ou huit ans, et depuis peu de mois d'adénopathie sous-maxillaire qui, ayant beaucoup augmenté, l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

Rougeole dans l'enfance. — Pas d'autres maladies infectieuses. Jamais n'a eu de bronchites.

Enfant, elle a eu une kératite qui l'a rendue borgne. L'œil gauche, tout à fait sain, permet la vue sans lunettes. L'ouïe est un peu diminuée.

Aucun trouble gastro-intestinal, hépatique, ni rénal, soit dans le passé, soit à l'heure actuelle. L'état général est resté parfaitement bon.

On ne relève dans les antécédents héréditaires rien d'intéressant. De deux enfants, l'un est mort en 1870 de blessures, l'autre a disparu.

La malade, ayant un peu perdu la mémoire, ne donne pas de renseignements bien précis sur l'histoire de sa maladie. Le début semble remonter à l'année 1887. Un bouton rouge parut à l'extrémité du nez, sans démangeaisons, puis la joue droite, plus tard la joue gauche furent prises.

Depuis six mois, les lésions faciales n'ont pas augmenté.

L'alopécie, presque complète, remonte à une trentaine d'années, elle est survenue sans cause paraît-il.

Description des lésions cutanées. — L'affection présente

un caractère absolu de symétrie ; elle occupe la moitié supérieure de la région frontale, le nez sauf les ailes ; à la partie supérieure du nez, elle n'a pas de limites nettes, la peau saine reparaît peu à peu.

Les paupières sont indemnes, mais les sourcils, à leur extrémité externe, sont presque privés de poils, on remarque de chaque côté à ce niveau une tache ovalaire. Les joues sont prises ainsi que les oreilles ; les lésions s'arrêtent sur la crête qui précède le pli naso-labial et respectent le menton.

Ces lésions, toutes dermiques, ne modifient pas les lignes du masque, mais à la partie inférieure du visage, les régions sous maxillaires sont déformées par les adénopathies.

La couleur de la peau malade est d'un rose foncé, atténué par des croûtes grisâtres qu'on remarque à un examen attentif. La teinte est à peu près uniforme.

Au toucher, à la vue, on remarque l'irrégularité de la surface cutanée et sa sécheresse. Et en prenant la peau entre les doigts, on remarque son induration.

De place en place, on note la dilatation des vaisseaux superficiels du derme, elle reste toujours très modérée, très limitée.

Sur le nez, le front surtout, quelques petites zones, arrondies, sont déprimées, blanchâtres, cicatricielles, sans que jamais on ait fait la moindre opération dermatologique sur la face. Enfin on voit des croûtes sèches très épaisses, peu adhérentes; quand on les détache, elles tombent en petits fragments ; elles se développent surtout sur les joues en approchant de la région nasale.

En certains points, les lésions n'ont pas de bord et se fondent insensiblement dans la peau saine; ailleurs les limites sont très nettes, formées par une incisure profonde, mais irrégulière, la peau du côté sain présente de petites

végétations. Quelquefois enfin, au delà du bord marqué par une dépression linéaire, on remarque une zone d'œdème, peu étendue.

Sur le crâne, presque totalement alopécique, on voit, suivant la ligne médiane, une série de lésions. Ce sont des taches à bords très irréguliers, légèrement déprimées au-dessous de la peau voisine. Ces taches ont la même couleur que celles de la face ; en général, il y a moins d'induration à leur niveau, on peut remarquer des croûtes plates à la surface. Une ou deux taches seulement se voient en dehors de la ligne médiane.

Etat des ganglions cervicaux. — Une masse du volume d'un œuf de poule occupe les régions rétro-maxillaire et sous-auriculaire droites. Cette masse soulève la peau non adhérente, mais de teinte violacée. La consistance de la tumeur est inégale mais reste solide.

Au-dessous se trouve une saillie plus prononcée qui comble l'intervalle entre la masse supérieure et la clavicule droite. Plus grosse encore que la première, elle est fluctuante. La peau est très amincie, d'une teinte violet sombre. Mais la masse n'est suppurée qu'en partie ; profondément on sent un bloc solide, concave ; l'abcès s'est développé à ses dépens. Depuis son début, il n'y a jamais eu d'autres douleurs que quelques élancements nocturnes.

A gauche, une saillie arrondie soulève la peau de la région maxillaire inférieure, qui glisse sur elle. Il s'agit là encore d'un ganglion plus gros qu'une grosse noix, à cheval sur la face externe et le bord inférieur du maxillaire, au niveau de son tiers moyen.

Par une palpation soignée, on peut s'assurer que tous les ganglions latéraux du cou sont gros, durs, roulant sous le doigt, au moins dans la région sterno-mastoïdienne gauche

qu'on peut palper librement en l'absence des grosses masses qui se voient à droite.

La malade a noté la tuméfaction du cou depuis deux mois seulement. Avant cette période, elle n'avait rien remarqué d'anormal. Cependant il faut, bien certainement, faire remonter les adénopathies à une date antérieure, la malade, à l'heure actuelle, ignore encore la présence de petites nodosités roulant sous le doigt au côté gauche du cou.

Examen du poumon. — Saccades respiratoires aux sommets en arrière, mais sans localisation plus précise.

Au sommet gauche, en avant, souffle expiratoire, sans râles, sans gargouillement. Il est sans doute l'effet d'une compression bronchique : en effet, on note à la percussion la submatité des régions sternale et inter-scapulaire. — Il n'existe aucun signe fonctionnel de tuberculose pulmonaire.

Une ponction du ganglion ramolli fut faite avec une seringue de Malassez-Aubry, stérilisée. Le pus retiré était bien lié, semblable au pus d'un abcès chaud : et, en effet, à l'examen histologique, on y trouvait une grande quantité de leucocytes polynucléaires et de fibrine. Par la méthode de Gramm, aucun microbe.

Des lamelles furent traitées par la fuchsine de Ziehl, puis décolorées soit par l'acide nitrique au quart, soit par l'aniline chlorhydrique (procédé de Kühne). On colore ainsi une quantité prodigieuse de bacilles longs, minces, parfois groupés en chaînettes ou parallèlement.

Aucun microbe ne se développe à la suite de l'ensemencement dans le bouillon et sur l'agar.

Les résultats fournis par l'examen direct suffisent : il s'agit bien de bacilles tuberculeux, et j'ai pu considérer

comme inutile d'attendre les résultats de l'inoculation faite au cobaye avec le pus [1].

Observation III

(Résumée)

(*Société dermatologique de New-York*).

Le Dr Klotz présente un jeune homme de 19 ans qui porte à l'avant-bras droit une cicatrice blanche, lisse, ayant environ les dimensions d'une pièce de 0,50 centimes et parsemée de nodules rouges ; de telle sorte qu'il est évident qu'il s'agit, dans ce cas, d'un lupus.

Sur la face dorsale de la main gauche et à l'œil gauche, existent des ulcérations profondes, d'une grandeur variant entre celle d'une pièce de 0,50 centimes et une pièce de 5 francs.

Les gencives du côté gauche de la mâchoire supérieure sont aussi très ulcérées. Ces ulcérations ont été reconnues comme étant de nature tuberculeuse

Observation IV

(Résumée)

(Hallopeau et Jeanselme. — *Congrès de la Tuberculose* 1892).

Un homme atteint, dans son jeune âge, d'adénopathies tuberculeuses, fut pris, plus tard, de lupus érythémateux et mourut de granulie.

Les ganglions caséeux contenaient des bacilles de Koch, mais ces parasites n'ont pu être retrouvés dans les frag-

[1] Un cobaye inoculé le 1er juin avec un centimètre de pus dans le péritoine est mort le 25 juin. — A l'autopsie, tuberculose hépatique et pulmonaire.

ments excisés du lupus, et leur inoculation à quatre cobayes est restée stérile.

Observation V

(Très résumée)

(Hallopeau. — *Société française de dermatologie et de syphiligraphie.* 14 juin 1894).

M. le professeur Hallopeau annonçait, dans la séance du 14 juin 1894, qu'il avait, dans son service, salle Lugol, un nouveau cas de lupus érythémateux avec adénopathies tuberculeuses.

Observation VI

(Louis Wickham. — *Société française de Dermatologie.* 8 février 1894. — Scrofulo-tuberculose cutanée. Eléments lupiques primitifs. Carie de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.—Tuberculose de l'articulation du poignet, etc.).

Mme L..., âgée de 47 ans, ménagère, est entrée salle Henri-IV, service de M. le professeur Fournier, le 20 janvier 1894, lit n° 33.

Taille moyenne, constitution moyenne. Bonne santé générale. N'a jamais fait de maladie. Pas de bronchites d'hiver. Mariée à un homme sain, n'ayant jamais été malade. N'a eu qu'une grossesse, il y a dix-huit ans, à terme. L'enfant a toujours joui d'une excellente santé. Mère morte d'une fluxion de poitrine à 72 ans, après avoir toussé, mais dans les derniers temps seulement ; en général, sa santé a toujours été bonne.

Mme L... a présenté ses premières lésions cutanées au pied gauche, au troisième orteil, en novembre 1870. Or, elle était venue à Paris, comme bonne, en juin 1870, et on

la fit coucher dans une chambre commune avec une autre bonne employée dans la même famille.

Cette dernière jeune fille, pâle et faible, souvent fatiguée, toussait beaucoup.

Elle était de famille tuberculeuse, et sa sœur, nettement phtisique à un degré avancé, morte quelques mois plus tard, venait souvent la voir et passait de longues heures dans la chambre commune. Il lui arrivait de cracher par terre ; c'est dans cette atmosphère de tuberculose que Mme L... a dû supporter les fatigues de l'acclimatement et d'un nouveau métier très rude. Elle marchait souvent pieds nus, le soir, avant de se mettre au lit, et a pu s'infecter au niveau de quelque écorchure du pied. Elle se souvient avoir beaucoup souffert d'engelures aux orteils en octobre et novembre, avant la première apparition de l'abcès du troisième orteil.

Les lésions existent à la jambe gauche et au bras gauche. Considérées sur chaque membre, elles se sont propagées de bas en haut. Celles du bras ont débuté en 1871 par un abcès à la racine de l'annulaire, à la suite d'un violent traumatisme. Une fois ces dernières lésions établies au pied et à la main, les autres ont évolué, progressivement ascendantes, jusqu'à ce jour, en vingt-quatre ans.

Lésions du membre inférieur. — 1° Nodules lupiques ; éléments primitifs. — Au nombre d'une trentaine, ces éléments sont disséminés sur la cuisse et la jambe autour de lésions lupiques plus anciennes.

Ils ont apparu il y a environ six mois.

On leur reconnaît très nettement une coloration brun jaunâtre. Ils apparaissent sous l'aspect de petits grains isolés enfoncés dans le derme.

2° Lupus élevé, exfoliatif, psoriasiforme. Résorption inters-

titielle. – Sur la cuisse et la jambe, on observe huit petits placards rouges violacés, saillants de 2 à 3 millim., de consistance molle ; ces éléments ont paru il y a un an.

Les plus grands ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

3° Lupus ulcéreux superficiel végétant. — Au pied, sur la face dorsale, près des orteils, on observe une surface rose, cicatricielle, à la périphérie de laquelle il reste encore des surfaces en activité, ulcéreuses et végétantes. Ces lésions ont évolué lentement en plusieurs années.

4° Etat éléphantiasique du pied. Lymphangites à répétition. Pendant dix à douze ans, la malade a souffert très fréquemment, tous les mois, dit-elle, de poussées d'érysipèle. La peau devenait rouge, douloureuse, tendue.

La rougeur couvrait tout le pied, ne remontait pas au delà de la moitié de la jambe, et débutait autour des lésions de la peau du pied siégeant sur le bord interne et ressemblant aux lésions lupiques actuellement en évolution.

Peu à peu, la peau s'est épaissie ; l'éléphantiasis s'est constitué. Depuis six mois à un an, il n'y a plus de poussées de lymphangite.

5° Productions papillomateuses; masses framboisoïdes.— Ces lésions remontent à plusieurs années.

Sur le dos du pied existent sept énormes saillies en chou-fleur, la plus grosse ayant les dimensions d'un gros œuf de poule. Les unes ont un gros pédicule, que l'on ne peut voir qu'en soulevant les bords de la tumeur. Les autres sont sessiles. Leur surface, irrégulière, est sillonnée de fentes et de plissements, qui délimitent de petites saillies papillomateuses. Il n'y a pas d'ulcération, ni de suintement. Entre ces grosses tumeurs, existent cinq petits éléments de la grosseur d'un pois, rouges, durs, tendus, à surface lisse, brillante, saignant abondamment.

Quelques petites saillies minuscules, de la couleur de la peau, simulant des vésicules, mais ne contenant pas de liquide.

Bras gauche. — 1° Lupus ulcéreux superficiel. Une large cicatrice recouvre toute la face dorsale de la main et des doigts. Ce sont des restes d'une vaste plaque de lupus, cautérisée et scarifiée pendant une année entière.

3° Tuberculose du poignet (depuis un an et demi). — La face dorsale du poignet est saillante suivant une bande s'étendant du dehors au dedans. — A ses deux extrémités, existe du lupus ulcéreux ; — La plaque tuberculeuse interne présente au centre un orifice dans lequel un stylet introduit atteint des surfaces osseuses dénudées. En pressant sur la saillie, on fait sourdre par cet orifice un liquide louche et sanguinolent.

L'articulation du poignet est complètement ankylosée.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le Directeur du *Toulouse Médical*)

M. Florence : Lupus et lésions osseuses de nature tuberculeuse; Société anatomo clinique de Toulouse (séance du 5 février 1902).

La petite malade que je vous présente est une vieille connaissance de notre Société.

Il y a un an, mon camarade M. Laurens, alors interne chez M. le professeur Audry, la soumettait à votre examen. A ce moment-là, elle présentait des lésions de la face qu'on n'hésitait pas à diagnostiquer un lupus.

Mais elle présentait, à la partie inférieure de la diaphyse humérale gauche, une hyperostose qui faisait hésiter entre de la tuberculose osseuse et de la syphilis héréditaire.

Aujourd'hui, le diagnostic tuberculose peut être franchement porté.

Le lupus de la face a gagné, a envahi la paupière inférieure droite, qui présente un ectropion très notable.

Elle a été soumise au traitement par la poudre de permanganate de potasse, qui a donné un bon résultat, au point de vue des ulcérations que notre malade présentait, il y a quelques semaines. Mais nous sommes obligés de reconnaître que ce traitement, très énergique et très douloureux, n'a rien fait de plus.

Je n'insisterai que sur les lésions osseuses.

L'humérus gauche est guéri, on retrouve à peine la forme soufflée de la partie inférieure de la diaphyse.

Mais l'articulation du genou gauche, qui présentait alors des lésions massives, a un tel aspect qu'il n'est plus possible d'hésiter et qu'on doit conclure à une arthrite bacillaire.

Vous remarquez, en outre, que le poignet droit présente aussi des lésions aussi nettes, gonflement des extrémités inférieures du radius et du cubitus, lésion diaphyso-épiphysaire sans retentissement articulaire, douleurs continues, voilà l'ensemble des symptômes.

Enfin, nous avons une troisième lésion osseuse; la diaphyse du cubitus droit présente des lésions parostales que l'on ne peut attribuer qu'à la tuberculose.

Ainsi donc, le diagnostic de l'hérédo-syphilis doit être abandonné et l'on doit se tourner vers le traitement de la tuberculose.

Le traitement général est déjà institué, l'immobilisation de ces articulations va être établie ; quant aux lésions de la face, peut-être obtiendrons-nous un résultat par la méthode photothérapique de Finsen.

Observation VIII

Adénopathies et périostite tuberculeuse, chez un lupique. — *Journal de l'Association médicale américaine* : Relation of lupus erythematosus to tuberculosis, par Henry-G. Anthony, professeur de dermatologie et maladies anciennes à l'Ecole de Médecine de Chicago.

10 janvier 1903. — Extrait du compte rendu de la discussion.
(Cette observation a été traduite en français par nous-même ; aussi nous n'en garantissons pas la parfaite exactitude avec l'original).

H.-G. Anthony.. Le Dr Hartzell prétend que, si on tient compte de tous les cas dans lesquels les malades atteints de lupus ont présenté des manifestations très probablement de nature tuberculeuse, telles que des cicatrices de scrofule sur le cou, des lésions osseuses dans leur enfance, des antécédents héréditaires, une réaction positive à la lymphe de Koch, l'on arrive à trouver la tuberculose dans 70 °/₀ des cas ; mais, en les éliminant, la proportion n'est plus que de 33 °/₀.

A mon avis, et en ne faisant pas rentrer en ligne de compte ces cas où la tuberculose est presque évidente, la proportion est inférieure à 33 °/₀. Bock rapporte le cas suivant : un malade atteint d'adénopathie des glandes de l'aisselle fut soigné par moi ; je lui enlevai les glandes engorgées, et, en les soumettant à l'analyse histologique, je trouvais qu'elles étaient en pleine dégénérescence tuberculeuse. Quelque temps après l'opération, apparut sur chaque joue un érythème rigoureusement limité et symétrique qui fut diagnostiqué érythème lupique.

Six mois après, le malade a une enflure de l'avant-bras, que le médecin qui le traitait prit pour de l'érysipèle, mais qui était en réalité une périostite tuberculeuse.

Elle eut, en même temps, une éruption de folliculite sur

les bras et le front, elle eut ensuite des plaques d'érythème sur la face, et à la fin, plus d'un an après le commencement de sa maladie, deux petites plaques derrière l'oreille.

Ces deux petites plaques permirent de comprendre l'ensemble clinique de la maladie ; elles donnèrent un nom à la maladie et fournirent un nouveau cas destiné à grossir les statistiques qui sont en faveur de l'assertion que le lupus érythémateux est tuberculeux.

A mon avis, il y a des cas où la tuberculose produit, parmi une grande variété de lésions, une ou deux lésions qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peuvent être distinguées du lupus érythémateux, ni cliniquement, ni microscopiquement.

Observation IX

(Traduite de l'Anglais). *Journal de médecine de Chicago*, 1903.

Le D[r] Roth, chef de la clinique de Herscheimer, rapporte l'observation suivante : Un malade atteint de lupus de la face est entré dans le service pour une ostéite tuberculeuse de l'avant-bras qui fut opérée. Ce malade avait présenté, dans son enfance, des manifestations non douteuses de scrofule.

Observation X

(Traduite)

Lupus et tuberculose du testicule

(*Journal de l'Association médicale de Chicago*, année 1903. M. Roth).

Un malade entre dans le service pour tuberculose d'un testicule. Il était, en même temps, atteint d'un lupus érythémateux de la face depuis plusieurs années.

Observation XI

(*Ibidem*)

Lupus de la face avec tuberculose des os du tarse et du métatarse ayant exigé l'amputation

Observation XII

Lupus et adénopathie tuberculeux
(T Besnier, *Annales de Dermatologie*, 1883).

Nous soignons pour un lupus érythémateux du visage une jeune fille de 22 ans, habitant la campagne et ne venant à l'hôpital que pour la scarification.

Vers la fin du traitement, son lupus à peu près guéri, on note de la pâleur du visage; de l'amaigrissement, et une tuméfaction ganglionnaire de la grosseur d'une noix au sommet de la gaine du sterno-cléido mastoïdien du côté gauche.

Je ne prétends pas que tous les sujets atteints de lupus deviennent des phtisiques, je ne sais même pas la proportion exacte dans laquelle cette infection se produit.

Mais je considère que tous les lupeux, à la manière de tous les sujets atteints de tuberculose locale, restent sous le coup d'une infection générale.

Observation XIII

Lupus avec plaques, saillies papillomateuses et tubercules mous et ulcérations tuberculeuses
(Dr E. Vidal, Iconographie de l'Hôpital Saint-Louis, 1881)

J'avais dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, un homme de 45 ans, atteint de lupus depuis trois ans. A la partie supérieure de l'avant-bras droit, existaient des lésions

très nettes de lupus tuberculeux ; au niveau du poignet se voyait une plaque en partie criblée de tubercules mous en partie sclérosés, et sur le dos de la main, des saillies multiples, papillomateuses, fort développées, de plusieurs millimètres de hauteur, reposant sur un derme induré, et disposées en cercle autour d'une cicatrice de façon à constituer des plaques de plusieurs centimètres d'étendue. Auprès de ces derniers, s'en trouvaient d'autres nettement tuberculeux, et dont les tubercules étaient même en certains points ulcérés et couverts de croûtes.

Dans cette région, la lésion avait suivi une marche serpigineuse.

Sur la joue droite, et vers l'angle de l'œil, existait une large plaque de lupus tuberculeux, dont le centre était complètement transformé en une cicatrice scléreuse.

Vers le genou droit se trouvait une plaque de lupus tuberculeux, avec quelques ulcérations superficielles recouvertes de croûtes, et, sur la face interne du pied droit, en arrière, et au-dessus de la malléole se voyait une plaque arrondie, de trois centimètres de diamètre, verruqueuse, papillomateuse, faisant une saillie de près d'un centimètre de la surface du derme.

Observation XIV

Lupus avec fongus de la gaîne tendineuse du dos de la main
(Dr Erhman : Société Viennoise de Dermatologie, 1894)

Le docteur Erhman présente un cas de lupus papillomateux développé, en connexion avec une inflammation fongueuse de la gaîne tendineuse du dos de la main.

Cette inflammation fongueuse fut incisée, et l'énucléation en fut faite à la curette.

Kaposi, à ce propos, ne croit pas à une propagation du

processus fongueux sur la peau. Il est plutôt d'avis que le lupus avait déjà existé auparavant et que la maladie a envahi les tendons.

Observation XV

Lupus avec adénopathies tuberculeuses
(Dr Lang : Société Viennoise de Dermatologie, mai 1897)

Le docteur Lang a vu un cas à peu près analogue à celui rapporté par le docteur Erhman. Mais, dans son cas, c'étaient surtout les ganglions lymphatiques qui étaient pris.

Observation XVI

Lupus avec double tumeur lacrymale tuberculeuse
(Dr Morax : Société Française d'ophtalmologie, mars 1898)

Le docteur Morax relate une observation d'une double tumeur lacrymale liée à un lupus nasal. La double tumeur, dont le diagnostic était incertain, fut enlevée. Son examen histologique démontre que l'on était en présence d'une tumeur tuberculeuse.

Pour avoir une nouvelle preuve de sa valeur tuberculeuse, on en prit des fragments que l'on inocula à un cobaye; l'inoculation fut positive et le cobaye mourut de tuberculose.

Observation XVII

Lupus nasal avec adénopathie cervicale et affection lacrymale tuberculeuse
(Dr Morax : Société d'ophtalmologie, séance du 19 mars 1898)

L'auteur cite un autre cas concernant un jeune homme âgé de 23 ans, atteint d'une affection lacrymale double suppurée. Il présentait en outre une adénopathie cervicale assez développée.

Le malade fut opéré de son affection lacrymale ; la muqueuse du sac lacrymal fut excisée. L'inoculation d'un lambeau de cette muqueuse, ainsi que l'examen histologique, démontrèrent qu'il s'agissait d'un processus tuberculeux.

Observation XVIII

Lupus de la face avec adénopathies

(Drs Balzer et Michoux : *Annales de Dermatologie*, 1898)

Cr..., âgé de 26 ans, présente à la face une affection qui nous semble devoir être rattachée au lupus.

Elle a débuté, il y a six mois environ, par de petites taches jaunâtres à la paupière inférieure droite. Il en existe aussi sur la paupière gauche, sur les joues, autour de la bouche, au menton.

Les éléments sont d'apparence papuleuse, miliaire, d'une couleur rouge. Ils sont enchâssés dans le derme, non douloureux à la pression. Quelques-uns, notamment sur les joues, présentent une dépression centrale et semblent s'être formés autour des glandes sébacées.

Depuis leur formation, les éléments n'ont présenté aucune tendance à la régression, et leur nombre tend toujours à augmenter : il y en a plus de soixante. Leur volume est assez inégal ; quelques-uns, très petits, ont à peine un millimètre de diamètre. Les autres, plus larges, sont au niveau des paupières et présentent bien la coloration rougeâtre avec la demi-transparence du lupus. Il faut remarquer aussi plusieurs éléments situés principalement sur le front, et qui se présentent avec une teinte légèrement rose, ou même sans changement de coloration de la peau.

Quelques-uns paraissent exister dans l'épaisseur du derme ; d'autres sont manifestement sous-dermiques et roulent sous les doigts.

Les parents sont morts d'affections dont il ignore la nature. Il n'est pas syphilitique. Il a un frère et une sœur bien portants. Lui-même a eu la grippe en 1891, mais s'est toujours bien porté depuis. Il n'a jamais eu d'hémoptysies. Actuellement, l'état général n'est pas mauvais; le malade présente seulement des adénopathies indolentes, situées surtout dans la région mastoïdienne.

Observation XIX

Lupus du sourcil avec de la polyadénopathie cervicale ; très grosse masse ganglionnaire dans les aisselles.

(Dr Leredde : annales de dermatologie 1898)

M. P..., domestique, 23 ans. Rien à noter dans les antécédents. Début des lésions cutanées il y a 6 mois. A ce moment, la plaque principale se développe au-dessus de la tête du sourcil gauche.

Depuis deux mois, une deuxième plaque s'est développée au-dessus de la queue du sourcil gauche. Les lésions sont ovalaires. La plus grande a la dimension d'une pièce de 1 fr., la plus petite d'une pièce de 50 centimes. La teinte des plaques est violacée ; leur surface est squameuse ; les squames sont fines, sans les épaississements cornés qu'on trouve dans le lupus érythémateux type, mais très adhérentes.

Au doigt, on constate la sécheresse ; au palper, il existe une infiltration dure, peu épaisse. Pas de télangiectasies. La plaque la plus petite est légèrement déprimée au-dessous de la surface de la peau.

Les lésions de la plaque la plus ancienne sont plus marquées à la périphérie qu'au centre.

Il faut noter sur la plaque la plus ancienne la présence d'une légère exostose. La malade a toujours eu bonne santé jusqu'en 1896, mais depuis elle tousse, elle a maigri, elle a

des sueurs le soir, elle a craché du sang il y a un an et expectore chaque jour des crachats muco-purulents.

Polyadénopathie cervicale depuis 1896. Très grosses masses ganglionnaires dans les aisselles, jamais de pleurésie, mais points de côté fréquents. On trouve à l'auscultation une expiration soufflante sous la clavicule droite.

Résumé de l'examen histologique. — Hyperkérostoses très prononcées avec paraslcérostoses.

Des cônes cornés pénètrent de place en place dans le corps muqueux. Hypertrophie très irrégulière de celui-ci, considérable en certains points.

Dans le derme, prolifération excessive de cellules fixes, quelques-unes en karyokinèse ; elles tendent à se grouper en amas et elles se disposent presque symétriquement.

Ceux-ci constituent en général une cellule géante grande ou petite, de celles du type épithélioïde. Parmi les cellules de la périphérie, quelques rares plasmazellen ou quelques mastzellen.

Dilatation des vaisseaux sanguins : quelques foyers hémorrhagiques. — Il a été impossible de colorer les bacilles tuberculeux dans les coupes.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous nous croyons autorisé à porter les conclusions suivantes :

1° Les manifestations tuberculeuses chirurgicales sont assez fréquentes chez les lupiques.

2° Elles ont pour siège de prédilection les ganglions lymphatiques.

3° Elles sont presque toujours justiciables du traitement chirurgical.

4° Le traitement chirurgical de ces lésions ne paraît pas avoir beaucoup d'influence sur la marche ultérieure du lupus.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 Juillet 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 Juillet 1903
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Anthomy (Henry-G.). — The Journal of American Medical Association. Chicago, 1903, tome XL, pag. 77, 79 et 80.

Archives f. Dermatologie und Syphilis, vol. LI, pag. 1.

— — — Erguenzung hefte, 1900.

— — — 1897.

— — — volume LVIII.

Besnier (E.). — Iconographie des maladies de la peau. Hôpital St-Louis. Paris 1897, pag. 223-229.

Berliner Klinische Wochenschrift, 1894, pag. 125.

Bulkley (L. Duncan). — The J. Am. M. Ass. Chicago, 1902, tome XL, pag. 80.

M. Clintock (I.-C.) — Ikansas medical journal. Topecka 1895, tome VII, pag. 575.

Corlett (W.-L.). — Journ. Am. Med. Ass. Chicago 1903, tome XL, pag. 79.

Campbell (R.-R.). — Journal american Med. Ass. Chicago 1903, tome XL, pag. 79.

Demétriade.— Pressa medica Romana. Bucharest 1901, tome VII, pag. 2 et 4.

Florence. — Toulouse médical 1902, tome IV, pag. 49 et 52. Echo médical. Toulouse 1902, tome XVI, pag. 133-134.

Hutchinson (J.) — Clinique Journal. Londres 1894, tome V, pag. 410-412.

Kreibich (H.).— Archives de dermatologie. Vienne 1900, tome LI, pag. 347-354.

Hartzell (M.-B.).— Journal Am. M. Ass. Chicago 1902, tome XL, pag. 80.

Heindingsfeld (M.-L.). — Journal Am. M. Ass. Chicago 1903, tome XL, pag. 80.

JORDAN. — Verhandl. et deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. Berlin, 1897, tome XXVI, pag. 111-114.
Journal of Cutancous and genito-urinary. Diseases 1889, pag. 432. Idem, 1893.
Journal of Cutancous and genito-urinary. Diseases 1898, pag. 458.
— — — — 1898, pag. 25.
Journal American of medical sciences, 1881.
Les Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1901, pag. 188. Idem, 1895, pag. 380.
LEREDDE. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Paris 1894, 3e série, tome V, pag. 658-661.
Annales de Derm. et Syph. N° 3, année 1898.
Bulletin de la Société française de Dermatologie. Paris 1894, tome V, pag. 196-199.
LEREDDE. — Bulletin de la Société française de Dermatologie. Paris 1898, tome V, pag. 221-224.
MORESTINI. — Bulletin et mémoire de la Société anatomique de Paris. Paris, 1902, 6e série, tome IV, pag. 969-975.
MRACCH.— Handbuch der Hautkrankheiten, pag. 444.
Pathologie et traitement des maladies de la peau, pag. 230.
PAVIOT. — IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose. Paris 1898, juillet.
POSPICLOFF. — Société de Vénéréologie et de Dermatologie de Moscou, 1898. N° 40, pag. 1177.
Journal anglais de Dermatologie. Londres, 1895, tome VII, pag. 80-82.
STELWAGON. — Journal american medical association. Chicago 1903, tome XL, pag. 80.
Transactions, American dermatological association, année 1899, pag. 88.
WALLIS (J.-Franck). — Journal american medical association. Chicago 1903, tome XL.
WEISS (L.). — Journ. Am. M. Ass. Chicago 1903, tome XL.
WICKHAM. — Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. Paris 1894, tome V, pag. 79-81.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.